



FECHA: \_\_\_\_\_ EPS \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_

“SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE Y GARANTIZA NUESTRO MEJORAMIENTO CONTINUO, POR FAVOR **MARQUE CON UNA X** LA OPCIÓN DE RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE EN CADA CASO”

**EXPERIENCIA EN LA ATENCION**

ITEM	Definitivamente SI	Probablemente SI	Definitivamente NO	Probablemente NO
Recomendaría a sus familiares y amigos esta empresa?				

ITEM	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
Cómo calificaría su experiencia global, respecto de los servicios de salud que recibió en el CRIB					

**DERECHOS Y DEBERES**

ITEM	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
Como fue la información recibida acerca de sus derechos y sus deberes?					

**OPORTUNIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCION**

ITEM	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO
Califique los mecanismos de asignación de citas					
Califique la calidad de la información en cuanto a recomendaciones pre y post procedimiento					
El tiempo transcurrido entre la hora de programación del procedimiento y la realización del mismo fue?					
Califique la oportunidad en la entrega de los resultados					

**ATENCION GENERAL**

ITEM	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
Las condiciones de aseo y limpieza y el estado de las instalaciones es					

ITEM	SI	NO
Siente que se respetó su intimidad y privacidad durante la atención		
Siente que la institución garantizo condiciones de seguridad durante el procedimiento		

**SUGERENCIAS:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Este es un formato de registro, se advierte al colaborador que su contenido no puede ser objeto de modificaciones posteriores a la fecha de edición sin que informe directamente de tales cambios a la oficina de calidad**